**Aviso de decisión del envío de intérprete médico voluntario**

医療通訳ボランティア派遣決定通知書

20\_\_\_\_\_年＿＿＿月＿＿日

　　(año) 　(mes)　 (día)

Nombre del paciente

患者の名前

Sr.(a)

Nombre de la institución médica, etc.

医療機関等　名称（※日本語漢字・かな及びローマ字 等）

Le informamos lo siguiente.

□ Se decidió recibir envío de intérprete médico voluntario en la siguiente fecha y hora.

以下の日時に、医療通訳ボランティアを派遣してもらうことになりました。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| año年 | mes月 | día日 | día de la semana曜日 |
| 20  | enero | 1 | julio | 7 |  | lunes | 月 |
| febrero | 2 | agosto | 8 | martes | 火 |
| marzo | 3 | septiembre | 9 | miércoles | 水 |
| abril | 4 | octubre | 10 | jueves | 木 |
| mayo | 5 | noviembre | 11 | viernes | 金 |
| junio | 6 | diciembre | 12  | sábado | 土 |
|  |  |  |  | domingo | 日 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hora de inicio開始時刻 | a.m.午前 |  ：  |
| p.m.午後 |

Sexo del voluntario que se enviará □Masculino □Femenino

派遣されるボランティアの性別 男 女

□ Esta vez, no podemos recibir el envío de intérprete médico voluntario.

今回は，医療通訳ボランティアを派遣してもらうことができません。

（※一方を削り使用してください。医療通訳ボランティアの派遣がある場合は，必要項目を選択・記入して下さい。）